ASPECTS SOCIO-DEMOGRAPHIQUES ET PRONOSTIC DES GROSSESSES NON SUIVIES CHEZ LES PATIENTES ADMISES DANS LE SERVICE DE GYNECOLOGIE- OBSTETRIQUE DE L'HOPITAL GABRIEL TOURE

SOCIO-DEMOGRAPHIC AND PRONOSTIC ASPECTS OF UNFOLLOWED PREGNANCIES OF PATIENTS ADMITTED IN THE DEPARTMENT OF GYNAECOLOGY-OBSTETRIC OF GABRIEL TOURE HOSPITAL

TRAORE Y., TEGUETE I., THERA A.T., MULBAH J.K., MOUNKORO N., DIARRA I., DIABATE F. S., TRAORE M., DIAKITE S., DOLO A.

Correspondances : Dr Traoré Youssouf, *Service de Gynécologie et d'Obstétrique-CHU Gabriel Touré- Bamako-Mali* Fax : 222-60-90 Tel : 641-47-25 / 671-01-94 Email : drtraorey@yahoo.fr

RESUME :

But : Les consultations prénatales permettent, d'une part, de dépister les grossesses à risque, d'apprécier l'évolution de la grossesse et sa répercussion sur l'état maternel, de faire enfin le pronostic de l'accouchement et d'autre part d'identifier les grossesses à risques et d'assurer une prise en charge en dehors du contexte d'urgence. Elles contribuent de ce fait à la réduction significative de la mortalité maternelle. Les grossesses non suivies se caractérisent par leurs mortalité et morbidité maternelles et fœtales importantes. Le but de notre travail était de déterminer la fréquence des grossesses non suivies, de décrire le profil sociodémographique des femmes et d'en déterminer le pronostic. **Matériel et méthodes :** Notre étude a eu pour cadre le service de Gynécologie et d'Obstétrique de l'hôpital Gabriel Touré. Centre de soins, de recherche et de formation, ce service qui est de 3^e niveau dans la pyramide sanitaire au Mali, reçoit des urgences venant d'autres maternités de niveau inférieur. Il s'agit d'étude de type cas / témoins avec collecte prospective qui s'étend sur une période de douze mois allant de juin 2002 à mai 2003. Ont été incluses dans cette étude, les femmes qui ont accouché dans le service et n'ayant effectué aucune consultation prénatale. Les critères de non inclusion ont été: les femmes ayant effectué au moins une consultation prénatale, les femmes ayant accouché dans une autre structure sanitaire, tous les cas d'accouchements non assistés, les femmes dont l'âge gestationnel est inférieur à 28 SA et /ou poids fœtal inférieur à 500 grammes. Chaque cas a été apparié à un témoin (femme suivie et ayant accouché dans le service) selon les critères de l'âge et de parité. Les tests statistiques utilisés pour étudier les associations entre les variables sont le chi2 avec un seuil de significativité $P \leq 0,05$ et l' Odd ratio (OR). **Résultats :** Nous avons enregistré 2173 accouchements et colligé 286 grossesses non suivies soit une fréquence de **13,16 %**. La moyenne d'âge de nos patientes a été de 23 ans avec des extrêmes de 16 et 44ans, les nullipares représentaient 25,9 % des cas. Les aides ménagères étaient plus nombreuses dans le groupe des cas avec 4,9% contre 0,3% dans le groupe témoin ($P=0,0006$, OR = 14,6 et IC [2.01, 30.05]).

Les analphabètes ont été 3 fois plus nombreux (62,9 %) chez les patientes non suivies que chez celles qui avaient fait des consultations prénatales (18,9 %) ($P < 10^{-6}$). Plus d'un accouchement sur quatre (27,6%) ont été faits par voie haute contre 22% pour les témoins ($P= 0,094$, IC (0.93,2.07)). Le pronostic maternel est marqué par 2,1% (6/286) de décès ($P= 0,013$). Aucun décès n'est noté dans le groupe des témoins. Le pronostic fœtal est sombre avec 10.9% (32/292) de mort-né ($P= 0,0007$; OR= 3,19) et 21,5% de nouveau-nés qui avaient un score d'APGAR morbide. **Conclusion :** *L'absence de suivi prénatal est associée à une mortalité et une morbidité maternelle et fœtale plus élevées.*

Mots clés : Consultation prénatale, grossesse à risque, mort-né, décès maternel

Summary:

The prenatal followed up permit, on the one hand, to track down risk pregnancies, to appreciate the evolution of pregnancy and its repercussion on the maternal state, to finally make the prognosis of the childbirth and on the other hand to identify risk pregnancies and to assure a management outside emergency context. They contribute this fact to the meaningful reduction of the maternal mortality. The non followed up pregnancies are characterized by their important maternal and fetal mortality and morbidity. The aim of our survey was to determine the frequency of the unfollowed pregnancies, to describe the socio demographic profile of the women and to determine the prognosis of these pregnancies.

Material and methods: Our survey had for setting the service of Gynecology and obstetrics of Gabriel Touré hospital. Center of cares, research and formation, this service that is 3rd level in the sanitary pyramid in Mali, receives emergencies from other motherhoods of lower level. Were include in this survey, women who delivered in the service and hadn't done any prenatal consultation. Criterias of non inclusion were next one: women having done at least a prenatal consultation, women having delivered in another sanitary structure, all cases of non assisted childbirths, women whose gestational age is lower to 28 weeks and /or fetal weight lower than 500 grams. Every case has been matched to a witness (consistent woman who has been followed and delivered in the service) according to criterias of age and parity. The statistical tests used to study associations between variables are the chi2 with a significativity doorstep of $P = 0,05$ and Odd ratio (OR). **Results:** We recorded 2173 childbirths and 286 non followed pregnancies been 13,16% of frequency. The middle age of our patient was 23 years with extremes of 16 and 44 years, nullipareses represented 25,9% of cases. The domestic helps were more numerous in the group of cases with 4,9% against 0,3% in the witness group ($P=0,0006$, OR = 14,6 ; IC [2.01, 30.05]). The maternal prognosis is marked by 2,1% of death ($P = 0,013$). Fetal prognosis is bad with 10.9% of child stillborn ($P = 0,0007$; OR = 3,19) and 21,5% of morbid APGAR. **Conclusion:** The absence of prenatal consultation is associated to a height maternal and fetal mortality and morbidity.

Key words: Prenatal consultation, risk pregnancy, child stillborn, maternal death

INTRODUCTION

Les consultations prénatales constituent l'acte de référence pour l'éradication des effets néfastes pouvant découler d'une grossesse et en grande partie responsables du taux élevé de mortalité maternelle. Elles permettent, d'une part, de dépister les grossesses à risque, d'apprécier l'évolution de la grossesse et sa répercussion sur l'état maternel, de faire enfin le pronostic de l'accouchement et d'autre part d'identifier les grossesses à risques et d'assurer une prise en charge en dehors du contexte d'urgence. Elles contribuent de ce fait à la réduction significative de la mortalité maternelle. Le suivi prénatal est le plus souvent insuffisant en qualité et en nombre dans les pays sous développés. Les grossesses non suivies se caractérisent par leurs mortalité et morbidité maternelles et fœtales importantes. Malgré les efforts faits au Mali, le nombre de femmes enceintes ne faisant pas de consultation prénatale semble augmenter. Notre étude avait pour objectifs de déterminer la fréquence des grossesses non suivies, de décrire le profil sociodémographique des femmes et d'en déterminer le pronostic.

MATERIEL ET METHODES : Elle a été réalisée dans le service de Gynécologie et d'Obstétrique de l'hôpital Gabriel Touré. D'accès facile, ce service est de 3^e niveau dans la pyramide sanitaire au Mali, et reçoit des urgences venant d'autres maternités de niveau inférieur. C'est également un centre de soins, de recherche et de formation.

Il s'agit d'étude de type cas / témoins avec collecte prospective qui s'étend sur une période de douze mois allant de juin 2002 à mai 2003. Ont été incluses dans cette étude, les femmes qui ont accouché dans le service et n'ayant effectué aucune consultation prénatale. Les critères de non inclusion ont été les suivants : les femmes ayant effectué au moins une consultation prénatale, les femmes ayant accouché dans une autre structure sanitaire, tous les cas d'accouchements non assistés, les femmes

dont l'âge gestationnel est inférieur à 28 SA et /ou poids fœtal inférieur à 500 grammes.

Chaque cas a été apparié à un témoin (femme suivie et ayant accouché dans le service) selon les critères de l'âge et de parité.

Les données ont été saisies et analysées sur EPI-info version 6.04. Les tests statistiques utilisés sont le Chi2, la Probabilité (P) avec un risque $r = 0,05$, Odd ratio (OR) pour étudier les associations entre les variables. Les valeurs statistiques significatives choisies ont été respectivement : $P \leq 0,05$ et $OR < 1$ (Protection contre le phénomène étudié) ou $OR \geq 2$ (Aggravation du phénomène étudié).

RESULTATS

I- Fréquence

Nous avons enregistré 2173 accouchements et colligé 286 grossesses non suivies soit une fréquence de **13,16 %**.

II Caractéristiques socio-démographiques :

A- Age

Tableau I : Répartition des femmes selon l'âge

Tranche d'âge (ans)	Cas		Témoins	
	Effectif	%	Effectif	%
<16	5	1,7	5	1,7
16-20	90	31,5	90	31,5
21-35	58	20,3	58	20,3
>35	133	46,5	133	46,5
Total	286	100	286	100

Nous avons noté 30% d'adolescentes (âge < 19 ans)

B- Profession :

Tableau II : Répartition des femmes selon leur profession

Profession de la femme	Cas		Témoins		P	OR IC
	Effectif	%	Effectif	%		
Ménagère	194	67,8	193	67,5	0,928	1.02 (0.70, 1.46)
Commerçant	22	7,7	16	5,6	0,313	1.41 (0.69, 2.88)
Aide ménagère	14	4,9	1	0,3	0,0006	14.6 (2.01, 30.05)
Elève/étudiant	10	3,5	35	12,2	0,0001	0.26 (0.12, 0.56)
Fonctionnaire	7	2,4	11	3,8	0,338	0.63 (0.21, 1.78)
Sans profession	36	12,6	20	7	0,024	1.92 (1.04, 3.53)
Autres	3*	1	10**	3,5	-	-
Total	286	100	286	100		

*=couturière :2 ; coiffeuse :1 ; **= artisanne :1 ; coiffeuse :3 ; couturière :4 ; monitrice :1 ; teinturière :1

C- Niveau d'étude de la patiente :

Tableau III : Répartition des femmes selon le niveau d'étude

Niveau d'étude	Cas		Témoins		P	OR IC
	Effectif	%	Effectif	%		
Analphabète	180	62,9	54	18,9	< 10 ⁻⁶	7.30 (4.90, 0.89)
Primaire	84	29,4	160	55,9	<10 ⁻⁶	0.33 (0.23, 0.47)
Secondaire	20	7	64	22,4	<10 ⁻⁶	0.26 (0.15, 0.46)
Alphabétisée	2	0,7	6	2,1	0,154	0.33 (0.07, 1.64)
Supérieur	0	0	2	0,7	0,31	-
Total	286	100	286	100		

Les analphabètes étaient plus nombreuses avec 62,9% des cas (P<10⁶)

III- Accouchement :

Tableau IV : Répartition des femmes selon le mode d'accouchement

Mode d'accouchement	Cas		Témoins		P	OR IC
	Effectif	%	Effectif	%		
Voie basse	207	72,4	223	78	0,121	0.74 (0.50, 1.10)
Voie haute*	79	27,6	63	22	0,094	1.38 (0.93, 2.07)
Total	286	100	286	100		

* Il s'agissait de césariennes (75/79 soit 94,9%) et de laparotomie (4/79 soit 5,1%), toutes effectuées dans un contexte d'urgence.

IV- Pronostic maternel:

Tableau V: Répartition des femmes selon le pronostic maternel

Pronostic vital maternel	Cas		Témoins		P	OR IC
	Effectif	%	Effectif	%		
Vivant	280	97,9	286	100	0,013	-
Décédé	6	2,1	0	0	0,013	-
Total	286	100	286	100		

Nous avons noté ont été deux fois plus de complications obstétricales chez les patientes non suivies (16,4%) que dans le groupe témoins (7,3%) (P = 0,0007 et OR = 2,48).

V- Pronostic fœtal :

Tableau VI : Répartition des nouveau-nés selon le pronostic fœtal

Pronostic fœtal	Cas		Témoins		p	OR IC
	Effectif	%	Effectif	%		
Vivant	255	87,3	284	95,9	0,0001	0.29 (0.14, 0.59)
Mort-né	32	10,9	11	3,7	0,0007	3.19 (1.51, 6.87)
Décédé	5	1,7	1	0,3	0,097	5.14 (0.58, 116.97)
Total	292	100	296	100		

Le pronostic fœtal est sombre avec 10.9% de mort-né (P= 0,0007 ; OR= 3,19) et 21,5% de nouveau-nés qui avaient un score d'APGAR morbide. La mortalité périnatale a été de 11,99 % chez les cas contre 4,05 % chez les témoins.

DISCUSSION

1- La fréquence : La fréquence des grossesses non suivies est élevée au Mali malgré l'augmentation du nombre des centres de santé et l'amélioration de leur accessibilité [1]. En Juillet 2004, l'évaluation de la couverture sanitaire au Mali [1], a montré que le nombre des centres de santé communautaire et de centres de santé rurale est passé de 605 en fin 2002 à 660 en fin 2003 soit une augmentation de 55 structures en 2003 ; cette augmentation n'était que de 48 en 2002.

Aussi l'accessibilité aux centres de santé communautaire et d'arrondissement dans un rayon de 5 Km est elle passée de 44% en 2002 à 46% en 2003 et dans un rayon de 15Km de 68% à 69% pendant les mêmes périodes. Cette répartition est très variable d'une région à une autre avec cependant 90% d'augmentation à Bamako. L'accessibilité géographique ne semble

donc pas expliquée cette fréquence basse. Nous pensons, quoique nous n'ayons pas évalué l'aspect financier dans cette étude, comme Sibanda M. et coll [2] que la réduction des barrières financière augmente l'accès aux services de qualité.

Notre taux de 13,16 % de grossesses non suivies est inférieur à ceux rapportés par Thiéro. M. [3] et Thiam. H. D. [4] qui ont rapporté des fréquences respectives de 21,3 % et 33,3%. Dans une étude faite à Bamako en 1999, l'OMS [5] rapporte un taux identique au nôtre. Dans une étude portant sur les hémorragies graves en obstétrique, De Souza J et coll. [6] avaient rapporté 50,7% de patientes qui n'avaient pas fait de consultation prénatale. Apkadza J.K. et coll. [7], dans sa série sur l'accouchement sans surveillance médico-obstétricale rapporte 15,1% de femmes non suivies en consultation prénatale tandis que Rochat C. [8] en relevait 5,7%.

En France, 15% des femmes enceintes ne sont jamais examinées au cours de la grossesse, soit de leur fait, soit du fait de leur médecin [9].

Nous pensons que les variations des fréquences de l'absence de suivi prénatal sont fortement corrélées au niveau de développement des pays, même si notre taux est proche de celui de Lansac [9], en France.

2- Profession et niveau d'étude de la patiente : Le niveau d'étude et la profession ont négativement influé sur le suivi prénatal. En effet les ménagères, les aide-ménagères et les ménagères ont respectivement représenté 67,8 % ; 4,9 % et 12,6 % des cas contre seulement 3,5% d'élèves et d'étudiantes (P=0,0001). Ceci pourrait s'expliquer d'une part par leurs faibles revenus et d'autre part par leurs occupations domiciliaires importantes laissant peu de temps à un éventuel suivi prénatal.

Cette tendance a été notée dans les séries de Talibo. A. [10], Maguiraga M. [11] au Mali et De Souza J. [6] au Bénin. Nous avons respectivement obtenu dans notre série 62,9 % d'analphabètes parmi les cas contre 18,9 % des témoins (P < 10⁻⁶). Il apparaît donc que l'analphabétisme est un facteur de risque dans l'absence de suivi de la grossesse.

Nous sommes en accord avec la plupart des auteurs [10,11] qui ont noté un taux élevé d'analphabétisme associé au manque de suivi prénatal. En effet une patiente non instruite comprend moins bien l'importance des consultations prénatales. Elle est de ce fait moins enclin à se présenter en consultations prénatales qu'une femme instruite. Selon Sy F. [12], les barrières culturelles et sociales constituent souvent des facteurs de blocage à l'utilisation des services offerts.

3 - Accouchement, Pronostic maternel et fœtal : Toutes les femmes non suivies de notre

série ont vu faire le pronostic de leur accouchement en salle de travail. Plus du quart (27,6%) d'entre elles ont accouché par césarienne. Les patientes qui n'ont fait aucun suivi prénatal et qui avaient un bassin pathologique n'ont pas bénéficié de l'appréciation du bassin en fin de grossesse. L'appréciation du bassin chez les témoins avait permis d'évaluer le pronostic d'accouchement par voie basse et d'indiquer une césarienne élective beaucoup plus sécurisante. Quatre patientes non suivies ont présenté des ruptures utérines dans notre série soit 5,1% des cas. Parmi elles nous avons noté deux cas d'utérus cicatriciel avec tentative d'accouchement par voie basse. 4,8% de témoins ont présenté une rupture utérine dont 2 cas d'utérus cicatriciel. Trois facteurs pourraient expliquer ces cas de ruptures utérines sur utérus cicatriciel chez ces patientes suivies : La mauvaise qualité de la consultation prénatale, le problème financier et le bas niveau socio-éducatif.

Les complications obstétricales ont été deux fois plus fréquentes chez les patientes non suivies par rapport aux témoins (P = 0,0007 et OR = 2,48).

La grossesse chez nos cas n'ayant bénéficié d'aucun suivi, la césarienne ou la laparotomie a été indiquée dans un contexte d'urgence, « préjudiciable » au pronostic maternel et fœtal. Ainsi, nous avons enregistré 2,1% de décès maternel (p= 0,094) tandis que pour le fœtus il est de 10,9% contre 3,7% avec les témoins (p= 0,0007). Au Sénégal, l'absence de suivi prénatal a été associée au risque de survenue d'hématome rétroplacentaire [13].

L'absence de consultation prénatale n'est sûrement pas la cause directe de ces décès, mais si nos femmes avaient été suivies, les consultations prénatales auraient permis d'identifier les facteurs de risque et de réduire notre taux de décès maternel et fœtal.

CONCLUSION : La proportion de femmes non suivies au Mali est très élevée malgré les efforts faits par le gouvernement. Les facteurs qui favorisent cette absence de suivi sont multiples, au premier rang desquels, nous avons le bas niveau socio-économique. L'amélioration de la qualité des consultations prénatales [14] qui entre autre font partie des soins préventifs [15] pourrait, de façon significative, augmenter le nombre de consultations prénatales dans nos structures.

REFERENCES

1. **Anonyme.** Annuaire SRIS 2003, Ministère de la santé- Direction Nationale de la santé, Bamako, Juillet 2004
2. **Sibanda M. et coll.** Maternité sans risque : 10 ans plus tard. Journal de la SAGO, 2000, vol 1, numéro 1, 33-36.
3. **Thiéro. M.** Les évacuations sanitaires d'urgences en obstétrique à l'hôpital Gabriel Touré. Thèse médecine ; Bamako, 1995- M- 17.
4. **Thiam. H. D.** Prise en charge des parturientes en milieux rural et urbain : A propos de 200 accouchements à Bamako et Kolondiéba. Thèse médecine, 2000- M- 62.
5. **OM S.** Grossesse et accouchement en Afrique occidentale : " Vers une maternité à moindre risque " Dossier santé publique, O M S .1999, Vol 11, n°2, Pp. 167-185. OM S, 1992.
6. **De Souza J.,** Adisso S., Takpara I., Wanda D., Ngounou R., Alihonou E. Hémorragies graves en obstétrique : incidence et pronostic à la Clinique Universitaire de Gynécologie-Obstétrique de Cotonou. Journal de la SAGO, 2003, vol. 4, n° 1, p. 35-39
7. **Akpaza J.K., Baeta S., Amadou A., Ankou A.** Accouchement sans surveillance médico-obstétricale dans la commune de Lomé. Journal de la SAGO, 2004, vol. 5, n° 1, p. 9-14.
8. **Rochat C., Alvado G.** A propos des accouchements à domiciliaire. Rev. Ped., 1988, 24, 241-52.
9. **Lansac J., Berger C., Magnin G.** Obstétrique pour le praticien, Paris, Simep, 1990, 2, p 413
10. **Talibo. A.** Contribution de la consultation prénatale pour l'identification des facteurs de morbidité maternelle évitables dans les centres de santé du district de Bamako. Thèse médecine, 1998- M- 29.
11. **Maguiraga. M.** Etude de la mortalité maternelle au Mali : causes et facteurs de risque au centre de santé de référence de la commune v du district de Bamako. Thèse, med, 2000- M- 110.
12. **Sy F.** Intervention de la Banque Mondiale dans le secteur Santé-Nutrition-Population (SNP) : au-delà du financement. Journal de la SAGO, 2001, vol. 2, n° 1, 55-57.
13. **GAYE A., Dumont A., De Bernis L., Diadhiou F.** L'hématome rétroplacentaire au centre de santé Roi Baudouin à Dakar : prise en charge et pronostic. Journal de la SAGO, 2002, vol. 1, n°1, 15-19.
14. **Touré N. et coll.** L'Appui du Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP) à la lutte contre la mortalité maternelle au Sénégal : bilan et perspectives. Journal de la SAGO, 2000, vol. 1, n° 1, 37-40
15. **Alihonou E.** Mortalité maternelle en Afrique sub-saharienne. Journal de la SAGO, 2000, vol. 1, n° 1, 24-32.